

TILLIT & TVANG

Hvordan kan sykepleier bidra til at det oppstår tillit i en
tvangssituasjon?

Kandidatnummer: 1004

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: 11sykhel

Antall ord: 9495

Dato: 13.03.2014

Sammendrag

Denne oppgavens problemstilling er ”hvordan kan sykepleier bidra til at det oppstår tillit i en tvangssituasjon?”. For å belyse denne problemstillingen, har jeg brukt litteraturstudie som metode. Temaer som går igjen i oppgaven er sykepleie og omsorg, tillit, makt og krenkelse.

I funndelen presenterer jeg forskningsartikler, som jeg mener at bidrar til å belyse problemstillingen min.

I teoridelen beskriver jeg kompetanse i sykepleie, mitt eget syn på sykepleie, og hvordan fagbøkene beskriver profesjonen. Jeg presenterer også Kari Martinsens sykepleiefilosofi, i tillegg til noe teori om bipolare lidelser og utagerende adferd.

I drøftingsdelen drøfter jeg problemstillingen opp mot oppgavens teori og forskningsfunn.

Tvangssituasjoner gir sykepleieren makt og det er fare for at pasienten kan føle seg krenket. Teorien og forskningen viser at krenkelse kan føre til mistillit, mens omsorg skal føre til tillit. Sykepleier må balansere omsorgen på en slik måte at hun beskytter pasienten, og samtidig anerkjenne pasienten for den han er. Anerkjennelse av pasientens opplevelser, vise forståelse og fokus på valg i stedet for tvang er viktige egenskaper hos sykepleieren.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling	6
1.3 Avgrensing, presisering av problemstillingen og definisjoner	7
1.4 Oppgavens oppbygning	7
2.0 Metode	8
2.1 Vitenskap, positivisme og hermeneutikk	8
2.2 Kvalitative og kvantitative metoder	9
2.3 Litteraturstudie som metode	10
2.4 Søkeprosess, søkeord og fremgangsmåte	10
2.5 Kildekritikk	11
3.0 Funn	14
3.1 Artikkel 1:	14
3.2 Artikkel 2:	14
3.3 Artikkel 3:	15
3.4 Artikkel 4:	15
3.5 Artikkel 5:	16
3.6 Artikkel 6:	16
3.7 Fagartikkel	17
4.0 Teori	18
4.1 Sykepleie	18
4.1.1 Sykepleie i psykiatri	19
4.2 Kari Martinsens sykepleiefilosofi	19
4.3 Bipolar lidelse	21
5.0 Hvordan kan sykepleier bidra til at det kan oppstå tillit i en tvangssituasjon?	23
5.1 Tvang, makt og mulighet for krenkelse	23
5.2 Balansere en beskyttende omsorg	25
5.3 Krenkelse eller begynnende tillit?	26
6.0 Konklusjon	28
7.0 Bibliografi	29
Vedlegg 1	32

1.0 Innledning

Jeg var i praksis i en akuttpsykiatrisk avdeling, da en mann i 45-årsalderen ble meldt fra legevakten. Mannen ankommer avdelingen i følge med fire politibetjenter og tre ambulansepersonell. Han var fastbundet til ambulansebåren på grunn av utagerende adferd da han ble hentet. Mannen har en bipolar 1-lidelse, og har vært innlagt ved sykehuset flere ganger på grunn av svingninger i sykdommen sin. I perioder tar han ikke medisinerne sine. I forkant av denne innleggelsen har mannen blottet seg for flere barn på et kjøpesenter.

Pasienten har lang voldshistorikk fra tidligere innleggelser. Når mannen ankommer avdelingen er han roligere enn forventet, men tydelig i et manisk stemningsleie. Han har taleflom, er høylytt, truende, og viser ukritisk adferd. Det er spørsmål om pasienten er manisk med psykotiske tendenser, da han blant annet forteller at han tror at personalet er ute etter å ha han, og at det hele er et komplott mot ham. På grunn av mange samtidige innleggelser, føres pasienten i båren rett inn på et rom på skjermet enhet. Her blir det vurdert av sykehuspersonalet at han er rolig nok til å løsnes fra båren uten å overføres rett i belteseng. Personalet har en belteseng parat utenfor rommet hvis situasjonen skulle eskalere.

Inne på rommet snakker pasienten mye, raskt og høyt. Han er svært opprørt over at han er innlagt på sykehus uten at han selv har gitt samtykke, og sier at de må slippe ham ut med en gang, for dette har de ikke lov til å gjøre mot ham. Samtidig som han uttrykker sin misnøye, kommenterer han utseende til personalet og forteller gåter og vitser om universet. Humøret til pasienten svinger svært hyppig.

I rommet sammen med pasienten er det sykepleier, psykiater og miljøterapeut. Utenfor rommet er det ytterligere tre miljøpersonale for å sikre at situasjonen ikke kommer ut av kontroll. Sykepleieren tilbyr pasienten et stemningsstabiliserende legemiddel, og gir ham valget mellom tablett eller injeksjon.

Pasienten er ikke samarbeidsvillig, og sier at personalet er ute etter å ødelegge livet hans. Han sier at han nekter å snakke med noen før overlegen kommer, samtidig som han snakker om hvordan han skal frelse verden og bestemmer hvem som skal få lov til å svare på gåtene hans. Kroppsspråket er urolig og anspent.

Etter hvert klarer sykepleier og psykiater i samarbeid å roe ned pasienten ved å bytte på å lytte til ham, og få pasienten til å lytte til det sykepleier og psykiater sier. Målet med samtalen er at pasienten skal gå med på å få medisiner. Sykepleier gir på nytt pasienten valget mellom å ta en tablett eller å få en injeksjon antipsykotika. Pasienten nekter å ta tablett, men går med på å få en injeksjon. Pasienten legger seg frivillig over på siden i sengen.

Sykepleier fortalte senere at hun hadde en forventning om at pasienten ville utagere i det hun skulle sette injeksjonen, men at hun vurderte situasjonen slik at hun kunne sette den fordi det var nok personale tilstede som kunne sikre at pasienten var i ro. Pasienten reagerte imidlertid ikke på injeksjonen i det hele tatt, han var rolig, og roet seg ytterligere relativt kvikt etter injeksjonen.

Alle opplysningene i denne casen er anonymisert, slik at de involverte ikke kan kjennes igjen. Casen er også forandret litt på, uten å ta bort essensen i historien, også dette for å sikre at ingen krenkes (Dalland, 2007, pp. 234-255).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I det siste tiåret, og særlig det siste året har det foregått en kritisk debatt om psykisk helsevern i media. Det er mange eksempler på feilslått behandling, for få behandlingsplasser og for lite personell med faglig kompetanse. Et særlig område som har vært belyst, er tvangsbehandling, og det har vært tatt til orde for både mer og for mindre tvangsbruk blant forskere, pasienter og helsepersonell. Forskning har for eksempel vist at mange pasienter har svært negative opplevelser rundt tvang (Johansson & Lundman, 2002). Tall fra Norsk Pasientregister viser at det i 2012 ble fattet 7766 vedtak fordelt på 5416 personer om tvangsinnleggelse, og at det i 2011 ble fattet 1273 vedtak om tvangsbehandling med legemidler. Det ble også registrert 848 klager i forbindelse med tvangsbehandling med legemidler (tvangsforskning.no). Behandling med tvang er lovregulert i lov om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), og det er legen som avgjør om det er nødvendig med tvangsinnleggelse- og tvangsbehandling. Som sykepleier skal man ivareta pasienten best mulig. I disse tilfellene betyr det blant annet å bidra til behandlingen på en omsorgsfull måte, i en tid hvor pasientene selv ikke ønsker behandling.

I løpet av studiet har jeg vært innom flere sykehus og andre helsetjenester. Jeg synes det er svært lærerikt å følge ferdig utdannede sykepleiere, og plukke opp tips og kliniske erfaringer. Jeg synes også min rolle som student er svært interessant da jeg har muligheten til å spørre

om alt og ingenting, og ingen spørsmål blir sett på som dumme. Som student har man derfor en unik posisjon til å se og høre, lure på og fundere over hvorfor noe er som det er. Det er mye å lære av erfarne sykepleiere, men det er også nødvendig å knytte praksissituasjoner til faglitteratur og forskning. Jeg har derfor valgt å bruke en case som innledning til tema og problemstilling. Jeg synes casen får frem at det var en situasjon som kunne utartet seg på en helt annen måte. Pasienten kunne ha følt seg krenket, han kunne ha utagert, og de ansatte kunne ha valgt å legge pasienten rett i belter uten forhandling på grunn av sin kjennskap og forventning til pasienten. I stedet for roet situasjonen seg. Det virket som at alle visste hva de skulle gjøre, og at pasienten tross alt følte seg ivaretatt. Mitt spørsmål ble hvordan jeg kunne dra nytte av erfaringen som beskrives i casen, slik at min sykepleiekompetanse kunne økes?

I Diakonhjemmets fagplan for bachelor i sykepleie beskrives det at man etter endt studie blant annet skal ha kompetanse som gode kommunikasjonsferdigheter, empati og å yte god omsorg. Man skal ha ferdigheter til å handle i konkrete situasjoner og til å bygge relasjoner. Det er også krav om å kunne orientere seg i forskning og formidle informasjon (Diakonhjemmet Høgskole, 2014). Jeg vil derfor ta med meg denne situasjonen for å fordype meg i temaet ved hjelp av faglitteratur og forskning. Forhåpentlig vil det bidra til å øke min sykepleiekompetanse om å yte omsorg som kan bidra til å bygge relasjoner, også i slike vanskelige situasjoner som casen viser.

Jeg synes akuttpsykiatrien er en veldig interessant arbeidsplass, og synes jeg lærte svært mye i praksis. Jeg vil gjerne kunne hjelpe mennesker på en slik måte at når de ser tilbake på hendelsesforløpet, opplever de at de ble ivaretatt og sett på som verdifulle, og forhåpentlig opplevde de at behandlingen ble gjort på best mulig måte. Samlet sett, reiser dette noen spørsmål: først og fremst ønsker jeg å forstå hva slags kunnskap og praktiske ferdigheter sykepleier bør ha for at lignende situasjoner kan ende så godt. Spesielt vil jeg se på hvordan man kan utføre sykepleie på en måte som gjør at pasienten opplever å bli tatt på alvor i en slik situasjon. Hvilken fagkunnskap trenger jeg som sykepleier for å utøve sykepleie som kan roe og ivareta en utagerende pasient best mulig?

Ut i fra dette har jeg kommet frem til en problemstilling:

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til at det oppstår tillit i en tvangssituasjon?

1.3 Avgrensning, presisering av problemstillingen og definisjoner

Jeg har valgt å skrive om sykepleie til pasient som legges inn på tvang i psykisk helsevern. Dette belyses ved en case hvor pasienten har en bipolar lidelse. Han tvangsinnlegges fordi han er i en manisk fase, og det er vedtak på at han skal tvangsmedisineres. Det er flere sider ved sykepleiers oppgaver knyttet til en tvangsinnleggelse som kan belyses. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å avgrense til hvordan sykepleieren kan legge til rette for at pasienten kan få en begynnende tillit til henne. Pasienten innlegges mot sin vilje, og det er usannsynlig at det kan oppstå full tillit i løpet av et første møte som inkluderer tvangsmedisinering. Oppgaven dreier seg om å forstå situasjonen, spesielt ut fra forskning og fagkunnskap om bipolar lidelse og omsorg. Omsorg med vekt på tillit belyses ut fra Martinsens (Kristoffersen, 2011) sykepleiefilosofi. Casen brukes underveis for å knytte teorien til klinisk praksis, men problemstillingen kan tenkes å være overførbar til andre pasienter som legges inn i psykisk helsevern på tvang.

Sentrale begreper blir redegjort for i oppgavens teoridel.

Sykepleieren omtales som hun, pasienten som han. Dette for å gjøre det lettere å lese.

1.4 Oppgavens oppbygning

I oppgavens innledning, kapittel 1, beskrives en case, for å gi leseren eksempel på en slik situasjon som problemstillingen dreier seg om. Casen blir trukket inn underveis i oppgaven, spesielt i drøftingsdelen. Deretter gir jeg en begrunnelse for valg av tema, som munner ut i en problemstilling. Noen sentrale begrep blir gjort kort rede for.

Kapittel 2, metodekapitlet, tar for seg sammenhengene mellom litteraturstudie, kvalitative og kvantitative metoder. Her har vitenskap, positivisme og hermeneutikk fått stor plass. Grunnen er at det for meg i denne prosessen har vært interessant å undersøke hvordan man bruker vitenskapelige metoder for å finne kunnskap, fordi det har gitt meg mulighet til å forstå mer om kunnskapsbasert praksis. Jeg gjør også rede for litteratursøk i forbindelse med oppgaven, og gir en vurdering av de mest sentrale forfatterne.

I kapittel 3 følger en kort gjennomgang av utvalgte forskningsartikler og en fagartikkel, som sammen med teoridelen i kapittel 4 er ment som grunnlag for å belyse case og problemstilling. Kapittel 4 har hovedsakelig en gjennomgang av diagnosen bipolar lidelse og sykepleiefilosofi.

I kapittel 5 drøfter jeg problemstillingen opp mot den presenterte fag- og forskningslitteraturen. Oppgaven avsluttes med et konklusjonskapittel.

2.0 Metode

En metode sier noe om hvordan man går frem for å finne den kunnskapen man er ute etter. I forskning velger man metode ut ifra hvilken av dem en mener kan hjelpe til å belyse problemstillingen best (Dalland, 2007, p. 83). I dette kapitlet presenterer jeg vitenskapsteori, kvalitativ og kvantitativ metode, litteraturstudie, søkeprosess og kildekritikk.

2.1 Vitenskap, positivisme og hermeneutikk

Vitenskap er fremgangsmåter vi bruker for å oppnå kunnskap (Thomassen, 2006, p. 63).

Man kan skille mellom tre hovedområder;

- Naturvitenskapene som fysikk, biologi, og astronomi som går på den naturlige og materielle delen av verden, og som også kan sammenlignes med positivisme.
- Humanvitenskapene studerer menneskelige og kulturelle fenomener som historie, litteraturvitenskap og religionsvitenskap, og som kan sees i sammenheng med hermeneutikk.
- Samfunnsvitenskapene ser på sosiologi, statsvitenskap og sosialøkonomi.

Medisin, teologi og jus er fag som ikke kan plasseres i en av disse tre vitenskapene. Man kan si at helsefaget befinner seg et sted mellom disse tre delingene, hvor en kan ha god nytte av forskning fra alle tre feltene (Thomassen, 2006, p. 41). Det er naturvitenskapene og humanvitenskapene jeg konsentrerer meg om videre i dette kapitlet.

Positivisme knyttes til naturvitenskapelig metode. Forskningen skal være objektiv, verdinøytral og interessefri. Den er ikke subjektiv eller samfunnspåvirket. Forholdet mellom den som forsker og den som forskes på er ikke tilstede, i motsetning til i hermeneutikken hvor en er opptatt av å forstå helheten og dybden i forskningsproblemet. Positivismen viser kun forklaringen på fenomenet, ikke hvordan fenomenet oppleves av mennesket (Dalland, 2007, p. 57 og Sletnes, 2009).

Hermeneutikk betyr å tolke eller fortolke. Hermeneutikken skal gi mening og forståelse til problemet, og gi et svar på opplevelsen av det (Dalland, 2007, pp. 55-58 og Thomassen, 2006, p. 159). Hermeneutikken er viktig i arbeidet med mennesker, fordi man med en hermeneutisk metode kan skaffe informasjon om hvordan for eksempel pasienter opplever sin situasjon (Dalland, 2007, pp. 57-58). Jeg forstår Dalland slik at i hermeneutikken starter forskeren med sin egen forforståelse av det som undersøkes, men forståelsen øker etter hvert som en studerer fenomenet ut fra flere kilder, slik at forståelsen utvides (ibid).

Det dualistiske menneskesynet, som er et av de dominerende menneskesynene i vår kultur, bygger på naturvitenskap og skiller mellom kroppen og jeget. Et eksempel på dette er skillet mellom fysisk og intellektuell aktivitet, eller praksis og teori (Loland, 2000). Kunnskap som er lært gjennom praksis, refleksjon og tenkning, er ikke ansett som like god som den som er teoretisk, faktabasert og bevist (Kristoffersen, 2011). Jeg er kritisk til denne måten å forstå verden på. Kristoffersen (2011) beskriver sykepleieren som en som handler etter intuisjon, taus kunnskap, faglig skjønn og moralsk kompetanse. Et eksempel på dette fra min egen praksis er at når jeg går inn på et pasientrom, ”kjenner jeg på stemningen i rommet” før jeg møter pasienten. Jeg mener med dette at jeg bruker alle sansene og kroppen som et redskap i min utførelse av sykepleie. Dette forstår jeg å være i tråd med hvordan filosofene Husserl, Sartre og Merlau-Ponty var kritiske til det objektiverende synet hvor den tradisjonelle (natur-)vitenskapen har en distanse til verden. Gabriel Marcel skrev; ”vi har ikke en kropp, vi er kropp. Kroppen og jeget er ett” (Loland, 2000).

2.2 Kvalitative og kvantitative metoder

Empiri er et ord som brukes på flere områder, blant annet medisin og filosofi, og betyr erfaring. I forskningssammenheng betyr empiri kunnskap bygd på erfaring (Dalland, 2007, p. 89). For meg virket dette som en kvalitativ del av vitenskapen, fordi man i kvalitativ forskning er opptatt av hva forskningsobjektets erfaring og opplevelse av et fenomen er. Ettersom jeg har lest mer om empiri, har jeg forstått at dette er noe en bruker både i kvalitativ og kvantitativ forskning, for å finne kunnskap om virkeligheten (Dalland, 2007, p. 90).

Kvantitativ metode er systematisk og forhåndsbestemt. Man kan for eksempel bruke strukturerte spørreskjema eller strukturerte intervjuer. Funnene i undersøkelsene presenteres ofte i tall, tabeller eller grafer. Dalland skriver at de forskerne som bruker kvantitative metoder kan beskrives som ”tellere” mens de forskerne som bruker kvalitative metoder kan beskrives som ”tolkere” (2007, p. 85). Min forståelse er at det er fordeler og ulemper ved begge metodene, derfor gjelder det å bruke den metoden som passer best til det en vil undersøke.

Det har lenge vært en slags favorisering av kvantitative metoder i medisinsk forskning. De senere årene har imidlertid kvalitativ forskning kommet mer på banen. Forskere fra de to retningene har vært kritiske til hverandres metoder, men det viktigste er i bunn og grunn at man som forsker tilfredsstiller de grunnleggende kravene til verktøyene som brukes

(Malterud, 2011, p. 33). Med kvalitativ metode, mener man en undersøkelse som gjerne henter ut data fra samtale, observasjoner eller situasjoner. Kvalitativ metode er god å bruke når man skal vise et mangfold og nyanser. Forskerens perspektiv har mye å si for hvordan teksten legges frem. Kvalitativ metode kan beskrives ved at menneskelig erfaring og fortolkning brukes for å skaffe kunnskap og forståelse om en problemstilling, og hvordan den oppleves av de involverte (Malterud, 2011, p. 26).

2.3 Litteraturstudie som metode

For å belyse min problemstilling har jeg brukt litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Da jeg ble vitne til den situasjonen jeg beskrev innledningsvis, lurte jeg på hvordan de andre kunne være så sikre på hverandre og tilsynelatende vite nøyaktig hva de skulle gjøre i situasjonen. Dette var noe jeg som student og nybegynner ble nysgjerrig på. Typisk for et litteraturstudie er at man samler forskning som allerede finnes på emnet, og analyserer dette systematisk (Fredriksen & Beedholm, 2012, p. 47). Ut fra dette, vurderte jeg at litteraturstudium egnet seg til denne oppgaven. Dalland (2007) skriver at litteraturstudium er en kvalitativ studie. Imidlertid forstår jeg det slik at et litteraturstudium kan være kvalitativt, men at man kan bruke kilder som er både kvantitative og kvalitative. Jeg hovedsakelig brukt artikler og andre kilder som er basert på kvalitative data, men har også med beskrivelser som kommer fra tallfestede eller kvantitative kilder.

Når man utfører et litteraturstudie, vurderer man funnene, eller de artiklene man har funnet, i to analysefaser. I den første fasen vurderer man og velger ut de artiklene som er interessante for å svare på problemstillingen. Den andre fasen går ut på å finne svar til problemstillingen man har valgt seg (Fredriksen & Beedholm, 2012, p. 50). Nedenfor gjør jeg rede for fase en; valg av artikler og annen litteratur, mens jeg forsøker å presentere svarene, fase to, i drøftingskapitlet.

2.4 Søkeprosess, søkeord og fremgangsmåte

Søkeprosessen var vanskelig. Jeg brukte mange dager på å søke på ord som utagering, psykiatri, mani og kompetanse, uten å få noe særlig godt ut av det. Skolen har en database for tidligere utgitte bacheloroppgaver, hvor jeg søkte opp oppgaver som var knyttet til psykiatri. Her fant jeg interessante artikler og bøker i andres bacheloroppgaver, og utvidet min egen horisont i forhold til søkeord. Søkeord jeg fant var ”patient-nurse” og ”mental health nursing” som jeg brukte i mine første søk i Cinahl. Med disse søkeordene dukket det opp en artikkel, *”nurse-patient interaction in acute inpatient mental health units: a review and synthesis of*

qualitative studies” som er den første artikkelen som presenteres i oppgaven. Med denne artikkelen løst søkeprosessen, og jeg brukte søkeord som: ”aggressive behaviour”, ”acute psychiatric ward”, ”mental health unit”, ”nursing”, ”nursing activity”, ”patient experience”, ”patient-nurse” og ”mental health nursing”. Jeg har brukt disse søkeordene i forskjellige kombinasjoner.

Jeg har kun brukt Cinahl i mine søk, fordi dette er en anerkjent database som publiserer mange forskningsartikler som er relevante for sykepleiere. I Cinahl har man også mange valgmuligheter underveis i søket, hvor man kan bestemme hvor langt tilbake artiklene kan være fra, og samkjøre flere søkeord for å redusere resultatene. Fordi fagkunnskap stadig utvikles, valgte jeg å begrense søkene på artikler fra år 2000 og frem til nå.

2.5 Kildekritikk

For å finne ut om de kildene en har er sanne, er det viktig å være kritisk. Som Dalland beskriver (2007, p.66), har jeg vurdert og valgt ut artikler og bøker jeg mener er gode kilder for min oppgave. Jeg har vært opptatt av å bruke primærkilder, men har også brukt sekundærkilder. Mange forfattere har henvist til andre kilder i sine verker, sekundærkilder, noe som betyr at teksten er tolket en eller flere ganger før jeg selv har tolket den. Ved at jeg bruker begge deler kan jeg lese teori fra flere vinkler, og dermed tilegne meg en bredere forståelse av hva som er skrevet. Samtidig er det en fare for at det ved bruk av sekundærkilder kan oppstå feiltolkning. Jeg kan ha forstått innholdet i tekst på en annen måte enn det var tenkt, og når det i tillegg er brukt sekundærkilder i materialet er det enda et ledd som kan påvirke forståelsen av teksten. Derfor er det også viktig å referere i det en skriver, slik at andre kan etterprøve det jeg kommer fram til ved å vurdere om kildene er holdbare.

Nedenfor følger kritikk på mine funn i denne oppgaven:

Mitt forhold til plassen casen i denne oppgaven utspilles på, kan ha påvirket min oppfatning av den litteraturen jeg har valgt å ta med i oppgaven. Et annet aspekt ved dette er også at forskningen jeg har funnet er skrevet på engelsk, men det er norske, svenske, engelske, amerikanske og australske forfattere. Dette kan medføre at jeg har misforstått noe av innholdet, fordi artiklene er skrevet på et fremmed språk. Allikevel har jeg holdt meg til land som etter min forståelse kan sammenlignes med Norge. Selv om helsevesenet i andre land kan være forskjellig bygd opp, går jeg ut i fra at problemstillingen min vil kunne gjelde på tvers av organiseringene, siden det handler om møter mellom sykepleier og pasient.

I teoridelen har jeg hovedsakelig brukt faglitteratur av Kari Martinsen, Jan Kåre Hummelvoll og Solfrid Vatne. Dette er forfattere som er anerkjente innen sine fagområder. Disse forfatterne brukes mye som pensum i sykepleieutdanningen, og siteres av andre. Forskningsartiklene jeg har brukt i denne studien bør man kunne stole på, fordi tidsskriftene som utgir disse artiklene, lar andre forskere granske dem nøye før de blir trykt. Nedenfor følger en kritisk gjennomgang av artiklene jeg har valgt:

Artikkelen "Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: a review and synthesis of qualitative studies" er en samling av 18 kvalitative artikler. Det er mange ledd med tolkning i denne artikkelen. Forskerne som har skrevet de 18 artiklene som er med i studien, har tolket sine arbeider underveis (Larsen, 2008). De fire forfatterne av den aktuelle samlingsstudien, har igjen tolket disse resultatene, og fattet en konklusjon. I denne prosessen er det ikke umulig at forfatterne kan ha tolket funnene på en annen måte enn de var tenkt i utgangspunktet.

Artikkelen "Mapping nursing activity in acute inpatient mental healthcare settings" er en kvalitativ studie hvor forfatterne har intervjuet ansatte i en akuttpsykiatrisk avdeling, for å finne ut hvordan sykepleierne brukte tiden sin i avdelingen. En ulempe ved denne type undersøkelse kan være at intervjuobjektene ikke får være anonyme for forskeren noe som kan gjøre at man pynter litt eller overdriver litt når man sitter ovenfor en intervjuer. Et annet problem, kan være at intervjueren selv kan påvirke intervjuresultatet, dette kalles intervju effekt (Larsen, 2008). Et annet poeng er at denne studien inkluderer sykepleiere og ufaglærte fra tre avdelinger på samme sykehus, noe som gjør studien liten. I tillegg til dette ble dataene kun samlet på dagtid i ukedager, noe som ekskluderer store deler av døgnet i tillegg til helgen (Bee, et al., 2006).

Artikkelen "Patient experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses" er en studie hvor forskerne har undersøkt pasienters erfaring med tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og medisinerer i en psykiatrisk avdeling. Forfatterne har engasjert sykepleiere i avdelingen til å utføre intervjuene for dem, og 5 pasienter er inkludert. Dette er en liten studie, og det er en mulighet for at det disse pasientene forteller ikke gjelder andre pasienter i samme situasjon, som ikke ville eller ikke fikk mulighet til å delta i undersøkelsen. Det er også viktig å huske på at pasientene ble intervjuet av sykepleiere på avdelingen, noe som kan ha påvirket svaret pasientene ga (Johansson & Lundman, 2002).

Artikkelen "Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management" er en kvalitativ studie som undersøker hvordan aggressiv adferd i psykiatriske avdelinger blir håndtert. Studien har kun inkludert fem avdelinger på et sykehus i undersøkelsen sin, noe som gjør at artikkelens funn ikke kan generaliseres kun ut i fra denne ene artikkelen, men den kan ha en overføringsverdi til andre lignende avdelinger (Larsen, 2008). Forfatterne har brukt et program som heter SOAS-R, hvor de ansatte har registrert hendelser i avdelingen over en periode på 10 måneder. I artikkelen skriver forfatterne at etter en hendelse i avdelingen, skulle sykepleierne registrere den i SOAS-R. Det er kun en person som kan registrere en hendelse i programmet, noe som gjør at denne ene personens oppfatning vil prege svarene (Foster, Bowers, & Nijman, 2006).

Artikkelen "Creating trust in an acute psychiatric ward" er en case studie, og er sammensatt av flere situasjoner som forskerne var vitne til under innsamlingen av data. Dette gir anonymitet til casen, men kan også gi leseren en annen forståelse av situasjonen enn det som faktisk var tilfellet. Forskernes tilstedeværelse og meninger, vil også påvirke det resultat de kommer frem til (Hem, Heggen, & Ruyter, 2008a).

Artikkelen "Only a manic –depressive!: the zone of the untouchable and exceeding limits in acute psychiatric care" er en kvalitativ undersøkelse som følger en pasient med en bipolar lidelse i en psykiatrisk avdeling. Dette er en studie som kun representerer en pasients opplevelse av å være innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling, hvor forskerne observerte pasienten over 30 uker. Dette kan gjøre at forskeren blir en mer naturlig del av settingen, men det kan også gjøre at forskerens objektive mening blir borte i prosessen. Artikkelen kan gi en pekepinn, men kan ikke generaliseres på den måten at det som fremkommer av artikkelen gjelder alle pasienter i samme situasjon (Hem, Nortvedt, & Heggen, 2008b).

3.0 Funn

I dette kapittelet vil jeg gi en kort presentasjon av forskningsartiklene. En oversiktstabell ligger i vedlegg 1.

3.1 Artikkel 1:

”Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: a review and synthesis of qualitative studies”.

Artikkelen ser på hvor mye kontakt sykepleier har med pasienter i akuttpsykiatrisk post, og om denne kontakten er terapeutisk. Artikkelen er en review av 18 kvalitative studier.

Artikkelen kom frem til seks områder om hvordan sykepleier arbeider. Sykepleier bruker avanserte kommunikasjonsformer i interaksjon med pasienter, diskre kartlegging, administrere grensesetting og spente situasjoner, administrere sikkerhetstiltak, bruke vanlige kommunikasjonsformer med pasientene (være vanlige medmennesker), tillitsfylt arbeid med resten av arbeidsteamet og at sykepleier har gode personlige egenskaper i arbeidet som for eksempel humor, fantasi, respekt og ikke være dømmende. Artikkelen viser at man som sykepleier i akuttpsykiatrisk post store deler av tiden arbeider terapeutisk samtidig som man utfører andre oppgaver, og at det er store krav til personlig egnethet (Cleary, Hunt, Jan, & Maureen, 2012). Denne artikkelen er relevant for min oppgave, fordi den belyser flere kompetanseområder som er relevante for sykepleie i psykiatrisk avdeling.

3.2 Artikkel 2:

”Mapping nursing activity in acute inpatient mental healthcare settings”.

Artikkelen har kartlagt sykepleieres arbeidsdag i akuttpsykiatriske avdelinger, og sammenliknet disse med miljøassistenters arbeidsdag. Artikkelen kom frem til at ca. halvparten av tiden til sykepleierne ble brukt i pasient-kontakt, men at det i denne tiden også var en del sykepleie oppgaver eller prosedyrer som skulle utføres hos pasienten. Sykepleiere hadde også ansvar for avdelingen, inn og utskrivning, medisinerer med mer. Miljøassistenter rapporterte at de var mer fornøyd enn sykepleierne med sitt arbeid, og undersøkelsene viste også at de var miljøassistenter som fikk mest tid med pasientene. Artikkelen konkluderte med at sykepleiere vil ha mer tid til pasientene i avdelingen, og at pasientene ville hatt god nytte av dette, fordi sykepleierne er bedre kvalifisert til miljøterapi (Bee, et al., 2006). Dette er en motvekt til artikkel 1, som skriver at sykepleier bruker mye tid på pasientrettet arbeid. Samtidig er det viktig å ta i betraktning at dette er en artikkel, mens den forrige er en oversikt over funn fra 18 artikler. Denne artikkelen aktuell for min oppgave fordi den belyser

utfordringer ved det å være sykepleier i akuttpsykiatriske avdelinger, og forsvarer at sykepleiers kompetanse er viktig i arbeidet med pasienter.

3.3 Artikkel 3:

”Patient experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses”. Artikkelen belyser pasienters erfaringer med å bli innlagt med tvang i psykiatrisk avdeling. Fem pasienter er intervjuet, og de beskriver hvor sårbar man er i en slik situasjon. De beskriver pleiere som ikke ser dem, ikke lytter til dem, og som ikke informerer om hvorfor de er innlagt, og hva slags behandling de skal få og hvordan. På en annen side beskriver de også pleiere som respekterer dem, beskytter dem og bryr seg om dem. Det er en balansegang mellom når man krenker og når man beskytter pasienten (Johansson & Lundman, 2002). Pasientene i studien forteller blant annet at de savner fleksibilitet, at personalet bruker skjønn og at de kan tøye reglene i noen situasjoner. De ønsker å bli respektert som individ, og å få beskyttelse når de er sårbare og omsorg hos sykepleierne. Pasientene uttrykte også viktigheten av å få vite hva slags behandling de skal få, og hvorfor. Dette mente de kunne hjelpe til å bidra til et bedre samarbeid og gjennomførelse av behandling. Denne artikkelen er et viktig bidrag til oppgaven min, fordi den belyser hvordan det oppleves å tvangsinnlegges, og forskjellen på hvordan det oppleves å bli dårlig og godt behandlet i en låst avdeling. Artikkelen beskriver pasientenes opplevelse, som jeg mener er viktig med tanke på sykepleiers kompetanse i relasjonen til pasienter.

3.4 Artikkel 4:

”Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management”. Artikkelen undersøker utbredelsen av aggressiv adferd rettet mot personale og aggressiv adferd til skade for pasienten selv, og hvilke metoder personalet bruker for å håndtere disse situasjonene. Undersøkelsen viser at ved å jobbe i et fiendtlig miljø over lang tid, øker sykefraværet blant ansatte. Det terapeutiske miljøet i avdelingen minker, noe som igjen kan hindre bedring hos pasientene. Aggressiv adferd blir håndtert med beltelegging, tvangsmedisinering og skjerming. Verbal aggresjon var det mest vanlige blant pasientene, og fysisk skade hos personalet viste seg som en liten risiko. Selv om pasientene med liten sannsynlighet kom til å angripe personale med våpengjenstander eller bruke andre metoder for å skade personalet, var det høy sannsynlighet for at personalet i disse situasjonene kom til å bruke skjerming på pasientene. Artikkelen belyser også at forventninger til pasienten kan påvirke adferd i positiv og negativ retning, og at tvangsinnleggelse ofte er en viktig faktor rundt utagering blant pasienter. Artikkelen konkluderer med at personale i psykiatriske

avdelinger trenger regelmessig trening i hvordan man håndterer aggresjon på andre måter enn med fysisk makt (Foster, Bowers, & Nijman, 2006). Denne artikkelen belyser godt en av de viktige områdene i min oppgave; kompetanse. Artikkelen peker på viktigheten av god kompetanse rundt utagerende pasienter, og at situasjoner som løses med tvang kunne vært løst på en mer skånsom måte for pasienten. Med bedre kompetanse blant sykepleierne kan opphetede situasjoner løses på en annen måte enn med tvang.

3.5 Artikkel 5:

”Creating trust in an acute psychiatric ward”.

Artikkelen peker på at mistillit er et vanlig fenomen i akuttpsykiatriske avdelinger, og hvordan dette påvirkes i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Artikkelen viser eksempler på hvordan tillit fort kan vippe over til mistillit, og hvordan sykepleier må jobbe hardt for å gjøre seg fortjent til tillit fra pasientene. Å være tilgjengelig, vise forståelse og lytte bidrar til å bygge gode relasjoner til pasientene. Sykepleiere må gripe enhver sjanse de har til å bygge opp relasjonene, slik at de har god kontakt og tillit hos pasientene. Dette bidrar til et rolig miljø på avdelingen (Hem, Heggen, & Ruyter, 2008a). Artikkelen er veldig relevant for oppgaven, da den belyser viktigheten av tillit og relasjonsbygging, samt egenskaper som er viktig hos sykepleier.

3.6 Artikkel 6:

”Only a manic –depressive!: the zone of the untouchable and exceeding limits in acute psychiatric care”.

Denne artikkelen tar for seg hvordan tilværelsen til maniske pasienter med psykotiske trekk er skjør, og hvordan de trenger profesjonell hjelp til å reetablere grenser i sitt liv. Den viser også hvordan man med et diagnoseperspektiv forstår pasientens væremåte og handlinger på en annen måte enn om det hadde vært en helt frisk person sykepleieren samtalte med. Målet med artikkelen er å gi sykepleiere informasjon om hvordan man beveger seg inn og ut av pasientenes private sone uten å krenke dem (Hem, Nortvedt, & Heggen, 2008b). Det spesielt interessante med denne artikkelen er at hovedpersonen i artikkelen har en bipolar lidelse. Hun belyser flere områder fra pasientens perspektiv, og hvordan hun opplever situasjonen sin. Dette kan knyttes til min oppgave, da pasienten i casen også er bipolar i manisk fase med psykotiske tendenser.

3.7 Fagartikkel

Til sist i dette kapitlet vil jeg kort presentere en fagartikkel som har vært nyttig i denne oppgaven. Artikkelen heter ”tiltak mot trusler og vold” og er skrevet av Ole Greger Lillevik for tidsskriftet Sykepleien i 2009. Lillevik har i artikkelen presentert sitt pilotprosjekt som handler om hvilke kvaliteter i det terapeutiske miljøet som kan være med på å forebygge vold og trusler. Hovedfokuset i artikkelen er hvilke måter sykepleier kan forebygge trusler og vold på, hvordan man som fagpersonell må bruke sansene til å kjenne på stemningen i avdelingen, kunne gi pasienten mulighet til å velge noe annet enn utagering i en stemt situasjon, og ikke minst gi pasienten redskaper til å kunne utvikle sin mestring i vanskelige situasjoner. Han beskriver også at det er viktig at ansatte har trening i hvordan man skal utøve fysisk makt i situasjoner hvor det er uunngåelig, men det er da enda viktigere å utvikle kompetansen rundt de ansattes kommunikasjonsferdigheter og kliniske blikk, slik at de ansatte også har flere redskaper å bruke når de møter en pasient som er agitert (Lillevik, 2009).

4.0 Teori

I dette kapitlet beskriver jeg kompetanse i sykepleie, deretter presenterer jeg kort mitt eget syn på sykepleie, og hvordan fagbøkene beskriver profesjonen. Jeg presenterer også Kari Martinsens sykepleiefilosofi, samt at jeg viser til noe teori om bipolare lidelser og utagerende adferd.

4.1 Sykepleie

Hva er sykepleie? Sykepleie kan være å lytte, stelle, utføre prosedyrer, veilede, hjelpe, kommunisere, å ha innlevelse, forståelse, respekt, interesse, å tilrettelegge, eller å se personen bak sykdommen. Sykepleie beskrives som å ivareta pasientens grunnleggende behov, på det eller de områder som personen selv ikke makter å ivareta behovene. Helse, livskvalitet, mestring og omsorg er mål sykepleieren jobber mot (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011).

For meg er sykepleie vanskelig å beskrive med noen få ord, fordi det har mange funksjoner og utøves forskjellig, blant annet avhengig av konteksten en jobber i. Noen eksempler som betyr noe for meg, er at sykepleie er å være der med fagkunnskap for andre mennesker som opplever en eller annen form for krise eller sykdom. Jeg kan være tolk for pasienten, sikre at pasienten forstår et behandlingsforløp eller passe på at pasienten får stilt de spørsmål som trengs under legesamtale. Mitt mål er at jeg skal være åpen og ærlig, trygg og sikker, og faglig sterk for pasientene jeg møter. Jeg håper at pasienten opplever å bli sett og hørt, og at jeg kan være en som pasienten kanskje husker etter å ha blitt frisk, som en som hjalp til og var en trygghet i en usikker tilværelse. Sykepleie er å hjelpe mennesker når de selv ikke er i stand til å gjøre det. Sykepleie forstår jeg videre som det å gi omsorg til mennesker som trenger det, uten å kreve noe tilbake (Kristoffersen, 2011).

Moralsk kompetanse i sykepleiefaget forstår jeg som at man behandler mennesker på en måte som ivaretar menneskelige verdier og etiske prinsipper. Tre sekvenser av moralsk kompetanse er persepsjon, vurdering og handling. Disse henger sammen på den måten at ens moralske sensitivitet trengs for å utøve god dømmekraft, og evne til å handle på en moralsk kompetent måte. Dette kan en kjenne igjen i Martinsens omsorgsmoral (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, p. 190). Martinsen bruker ordet kompetanse for å understreke at kunnskap ikke bare er teori, men også praktiske, manuelle, relasjonelle og moralske ferdigheter (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, p. 163). Dette presenteres nærmere i dette kapitlet.

4.1.1 Sykepleie i psykiatri

Min forståelse av sykepleie er at det er noen felles grunnprinsipper, uavhengig av hvilket område man jobber innenfor. Om det er somatikk, rusomsorg eller psykiatri, ser jeg det slik at sykepleiens hovedfokus er å gi omsorg, støtte opp om pasientens bedringsprosess og vise respekt og empati. Det er enkelt å si *at* en skal vise respekt og empati, mer utfordrende blir det å beskrive *hvordan*. Hummelvoll (2012) skriver at det er viktig å forstå pasienten fra pasientens indre verden, og at det å arbeide aktivt for å forstå pasientens situasjon, tanker, følelser og reaksjoner er et utgangspunkt for pleie og behandling (Hummelvoll, 2012). Dette er en beskrivelse slik jeg ser det av det å vise respekt og empati i sykepleien. For å komme nærmere inn på det å vise omsorg på en støttende og respektfull måte, vil jeg presentere min forståelse av Kari Martinsens sykepleiefilosofi. Hun skriver om sykepleie uten å knytte det til områder som somatikk eller psykiatri. I denne oppgaven vil jeg forsøke å knytte det hun skriver til min problemstilling innenfor psykiatrifeltet.

4.2 Kari Martinsens sykepleiefilosofi

Kari Martinsen skriver at omsorg er grunnleggende for alt menneskeliv, og at det derfor også utgjør grunnlaget for sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, p. 250). Martinsens sykepleiefilosofi kritiserer det positivistiske virkelighets- og kunnskapssynet, og hun tar opp spørsmål tilknyttet menneskets grunnleggende natur- og livsvilkår. Hun bygger en del av sin filosofi på Knud Løgstrups tenkning, blant annet i presentasjonen av de spontane og suverene livsytringene. Blant livsytringene beskrives barmhjertighet og tillit som spontane og naturlige egenskaper mennesket har til hverandre, helt til de eventuelt sviktes (Martinsen, 2003).

Martinsen beskriver relasjoner som grunnleggende i menneskets liv, og som mennesker er vi avhengige av hverandre. Når et menneske er sykt, kommer denne avhengigheten mer tydelig frem (Kirkevold, 2001, pp. 168-182). For pasienten i denne oppgavens case, forstår jeg det slik at han er avhengig av hjelp og omsorg i en sårbar posisjon, og at han særlig er avhengig av at omsorgen utføres på en sann måte at ikke det oppstår mistillit til personalet.

I Martinsens omsorgsfilosofi er det tre dimensjoner eller sider: omsorgens relasjonelle, praktiske og moralske side. Den moralske siden er overordnet den praktiske og den relasjonelle, fordi moralen viser seg i måten omsorgen utøves på (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, p. 254). I forhold til casen jeg beskrev, forstår jeg det slik at den moralske dimensjonen vises ved at sykepleieren, i relasjonen, bruker tid på å lytte til pasienten, hun viser også at han har verdi ved at hun ikke forsøker å korrigere ham. Den relasjonelle og

praktiske dimensjonen henger sammen, fordi sykepleieren utfører den praktiske omsorgshandlingen på en måte som tar vare på relasjonen: ved å "se" pasienten kan jeg tenke meg at jeg bidrar til at han ikke opplever mistillit. Dette forstår jeg som at omsorg og moral er nært forbundet (Martinsen, 1990, p. 94).

Martinsen skriver at alle sykepleiesituasjoner er av moralsk karakter, hvor utfordringen for sykepleieren er å handle godt og riktig. Jeg forstår det slik at utfordringene blir særlig tydelige når vi står ovenfor vanskelige valg, som for eksempel å ivareta en pasient som blir behandlet mot sin vilje. Martinsen presenterer også det hun kaller moralens to sider; spontanitet og norm. Den primære moralen er spontan og ubegrunnet, en handling til beste for den andre, som vi gjør uten å tenke på hvorfor. Den sekundære moralen er normmoralen, viser til regler og prinsipper, som trer i kraft når primærmoralen svikter, og som fungerer som en slags krykke for oss når primærmoralen ikke er tilstede. Som sykepleier kreves det at en bruker både spontan- og normmoral, fordi for å gi pasienten riktig god behandling, kommer man ikke utenom den faglige vurderingen av situasjonen. Man må kanskje da stoppe opp, slik at man kan vurdere om man gjør det riktige valget for pasienten. På den måten er sykepleieren både spontan og reflektert i sitt arbeid (Martinsen, 2003, p. 86). I min oppgave betyr det for eksempel at jeg trenger fagkunnskap om pasientens lidelse og behandling, men også om hvordan jeg kan møte akkurat denne pasienten på en måte som bidrar til tillit i relasjonen. Videre om omsorgens relasjonelle side beskriver Martinsen nettopp at sykepleieren må ha evne til å sette seg inn i pasientens situasjon, og handle slik pasienten selv ville gjort hvis han var i stand til det. Dette kaller Martinsen yrkesmessig omsorg (Martinsen, 1990).

Tillit er et viktig aspekt i yrkesmessig omsorg. Martinsen beskriver relasjoner mellom mennesker som at man åpner seg for en annen, og utleverer en del av sitt liv til den andre. Da er det opp til den andre å ta imot dette, eller ikke. Som et eksempel kan man tenke seg pasienten som viser sykepleieren spontan og umiddelbar tillit. Pasienten kan fortelle sykepleier om hva som opptar ham, og forventer da en imøtekomst fra sykepleier. Denne etiske fordringen fra pasienten om å bli ivaretatt, kan bidra til å utvikle tilliten mellom pasient og sykepleier, dersom sykepleier tar pasienten på alvor og innfrir hans forventninger (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, p. 255). Dersom sykepleier er likegyldig ovenfor pasientens ytring, vil pasienten kunne føle at hans tillit er misbrukt, og det fører til et mistillitsforhold (ibid). Det er også spørsmål om ikke muligheten for mistillit lettere oppstår når pasienten i utgangspunktet er underlagt tvangsbehandling.

Anerkjennelse er også et viktig aspekt i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Å ha respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte. Dersom sykepleier forsøker å mene noe om hva som er riktig for pasienten å oppleve, kan dette skape motstand hos pasienten. Dette kan henge sammen med at man i så fall ikke imøtekommer pasientens følelser, men snakker ut ifra sin egen oppfattelse av situasjonen (Vatne, 2006). Man bryter tilliten til pasienten slik Martinsen kunne ha formulert det (Kristoffersen, 2011).

Martinsen skriver at omsorg også er mer enn en grunnholdning, men også praktisk handling. Man kan si at omsorgens praktiske side er hvordan sykepleier utøver omsorgen til pasienten. Omsorg utføres i helt dagligdagse situasjoner, som både sykepleier og pasienter kjenner til fra før. Dette kan være hjelp til stell om morgenen, påkledning, smertelindring, eller for eksempel hjelp til å ligge godt i sengen (Kristoffersen, 2011). Som medmenneske har man en grunnleggende kunnskap om å gi omsorg, men med den faglige kunnskapen som sykepleieren har i tillegg, kan hun gi en særlig god omsorg på en hensiktsmessig måte. Sykepleieren har kunnskaper som tillater henne å tilrettelegge og gjennomføre omsorg på en slik måte at pasienten opplever å bli anerkjent, i stedet for å bli umyndiggjort (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, p. 256). I min case er det slik at pasienten *er* umyndiggjort, noe jeg tror betyr at anerkjennelse av hans opplevelse blir enda viktigere.

4.3 Bipolar lidelse

Pasienten i oppgavens case hadde bipolar lidelse 1, var i en manisk fase og viste aggressiv adferd, som personalet fryktet kunne utvikle seg til fysisk utagering. Nedenfor beskrives fenomenet Bipolar lidelse.

Bipolar lidelse kjennetegnes ved at en person har alvorlige svingninger i stemningsleiet. Symptomene svinger mellom depresjon og mani. I depressive episoder er det vanlig at interesse generelt er borte, man har dårlig følelsesuttrykk, pessimistisk syn på livet, føler skyldfølelse, håpløshet og har selvmordstanker. Mani viser seg ved sykelig høyt stemningsleie, taleflom, redusert søvnbehov, tap av sosiale hemninger og impulshandlinger. Sterke følelser som sinne og utagerende atferd kan også forekomme (Hummelvoll, 2012 & Aarre, Bugge, & Juklestad, 2010). Pasienten kan ha en følelse av at han vet alt og kan alt (Malt, 2009). Hanne Hansen (2011) har skrevet en bok om sin bipolare lidelse, og beskriver manien som en lykkerus. Hun er full av energi og kjempe glad for alt hun eier og har. Hun

kan kjøpe seg hus, og ta opp store lån. På en annen side oppleves depresjon som et mørke som kommer snikende på, uten forvarsel. Hanne Hansen (2011) forklarer det som å være i et rom, og man vet det er en dør et eller annet sted, men man finner den ikke.

Når en person har bipolar lidelse 1, veksler denne personen mellom faser av depresjon og mani, tidligere kalt manisk-depressiv lidelse (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). I ICD10-systemet punkt F31.2, beskrives bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk med psykotiske symptomer. Diagnosekriteriene for dette punktet er at den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for mani med psykotiske symptomer (F30.2) og det må ha vært minst en tidligere episode med mani, hypomani, depressiv eller blandet (Statens helsetilsyn, 2004). I DSM-5 beskrives bipolar 1 lidelse som den klassiske maniske-depressive lidelsen.

Stemningslidelser og bipolare lidelser er den største gruppen psykiske lidelser som kan gi psykotiske symptomer (Aarre, Bugge, & Juklestad, 2010, p. 79). Psykotiske symptomer kan være hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, paranoiditet og forvirring (Hummelvoll, 2012, p. 338). Vrangforestillinger kan omfatte forestillinger om forfølgelse, sjalusi, kjærlighet, storhet og mindreverdighet, skyld og sykdom (Hummelvoll, 2012, p. 344). Aggresjon kan komme i mange former. Trass, sinne, negativ holdning, spydighet, sarkasme og likegladhet kan være eksempler på aggressive uttrykk (Kringlen, 2012, p. 97). Fysisk aggresjon beskrives som slåssing, kasting, gripe tak i andre og hærverk. Verbal aggresjon beskrives som banning, skriking og brå tale (Berg, 2008, p. 32). I situasjoner hvor man føler seg truet, har man to muligheter. Den ene muligheten er å flykte, den andre er å konfrontere. Når en person overveldes av sinne, kan man handle helt spontant. Å være utagerende vil si å gi sterke verbale eller fysiske uttrykk eller angrep (Vatne, 2006, p. 27). En tvangsinnleggelse kan utløse et slikt sinne. Dersom pasienten på grunn av for eksempel en manisk episode med psykotiske tendenser, ikke skjønner hvorfor han er innlagt kan han tro at hele situasjonen er et komplott mot han. Da er det ikke vanskelig å forstå at han vil forsvare seg med de midler man har til rådighet (Hummelvoll, 2012, p. 259). Pasienter som har en alvorlig psykisk lidelse kan være sterkt preget av sårbarhet, kanskje på grunn av sykdommen (Vatne, 2006, p. 27).

5.0 Hvordan kan sykepleier bidra til at det kan oppstå tillit i en tvangssituasjon?

I dette kapitlet vil jeg drøfte problemstillingen opp mot oppgavens teori og forskningsfunn. Casen trekkes inn noe underveis for å belyse problemstillingen.

I casen innledningsvis skal sykepleieren ivareta en pasient som er opprørt og aggressiv fordi han ikke ønsker innleggelse. Han er i manisk fase av sin bipolare lidelse, noe som gjør situasjonen uforutsigbar (Malt, 2009). I en manisk episode kan pasienter ha overdreven god selvtillit og føle at han kan alt og vet alt. Samtidig kan han være irritabel og mistenksom og paranoid. Tankeflukt og taleflom kan gjøre det vanskelig for andre å forstå pasienten (Statens helsetilsyn, 2004). Stemningsleiet hos pasienten i casen er høyt, samtidig som han viser tegn til aggresjon. Dette gjør det etter mitt syn utfordrende for sykepleieren å kommunisere slik at pasienten opplever å bli forstått, og at han på sin side kan forstå det som blir sagt. Som casen viser er dette en pasient som tydelig har vanskelig for å motta informasjon, og eller delta i samtale (Hem, Nortvedt, & Heggen, 2008b). Sykepleieren skal sette en injeksjon antipsykotikum, mens pasienten i utgangspunktet ikke vil ha noen av delene. Sykepleieren skal samtidig behandle pasienten på en respektfull og ikke-krenkende måte (Johansson & Lundman, 2002).

5.1 Tvang, makt og mulighet for krenkelse

Pasienten ankommer avdelingen fastbundet til en bære, i følge med flere politibetjenter og ambulansepersonell. Ankomsten preges av maktubalanse ved at pasienten sitter fast og er umyndiggjort. Det er mange politibetjenter tilstede som representerer en utøvende makt i samfunnet. Politiets tilstedeværelse gjør situasjonen ytterligere maktubalansert.

Tvangsinnleggelse er en faktor som kan bidra til ytterligere aggresjon i en allerede hektisk situasjon, og forskning viser at tvangsinnleggelse og utagering ofte har en sammenheng (Foster, Bowers, & Nijman, 2006). En følelse av å være fanget, i tillegg til frykt og hjelpeløshet beskrives av pasienter som er ufrivillig innlagt i psykiatrisk avdeling (Johansson & Lundman, 2002). Dette forstår jeg som et dårlig utgangspunkt for å opprette en god relasjon mellom pasient og sykepleier.

Siden pasienten har vært tvangsinnlagt flere ganger tidligere, er det grunn til å tro at han har en forventning om hva som kommer til å møte ham også denne gangen. Da jeg observerte i

denne situasjonen, fortalte flere ansatte at dette var en pasient som ofte havnet i belter, og som sikkert kom til å havne i belter også denne gangen. Men hva gjør det med en pasient at det forventes av de ansatte at han utagerer? Lillevik (2009) skriver at dersom det forventes av de ansatte at en pasient skal utagere, så øker sjansen for nettopp dette. Lilleviks mistanke er at pasienten blir fanget av et stigma, som han vanskelig kan komme ut av. Stigmatisering og fratatt integritet kan bli en slags selvoppfyllende profeti, hvor pasienten blir nødt til å oppfylle de forventninger som er satt til ham, fordi han ikke har andre valg (ibid.). Hva kan ha gjort at dette ikke skjedde i oppgavens case?

Pasienten er rolig når han ankommer avdelingen, og han blir ført rett inn på skjermet enhet. På skjermet enhet er det tilrettelagt for at pasienten ikke skal kunne skade seg selv eller andre, og personalet vurderer situasjonen dithen at pasienten ikke skal overføres rett til belteseng. Sykepleier utnytter roen i situasjonen og legger til rette for en begynnende, tillitsfull relasjon mellom seg og pasient. Sterkt i Martinsens omsorgsfilosofi står menneskenes tillit og barmhjertighet til hverandre. Hun skriver at dette er tilstede i alle menneskelige relasjoner, helt til de på en eller annen måte eventuelt blir skuffet, noe som gir grunnlag for mistillit og ubarmhjertighet (Kristoffersen, 2011).

I casen ble det bestemt at pasienten skulle medisineres, og det var mye opp til sykepleieren å gjennomføre dette på en så skånsom måte som mulig. I følge Kristoffersen (2011, p. 253) innehar sykepleieren kunnskaper som pasienten selv ikke har, og hennes oppgave kan være å dra pasienten med i avgjørelser som vedrører ham, som her, hvor pasienten får valget mellom injeksjon og tablett. Pasienten får ikke velge om han skal ha medisinen eller ikke, men han får bestemme hvilken form han vil ha det i. Dette kan være med på å gi pasienten en følelse av å bli respektert som menneske, ikke bare en pasient som skal medisineres (Johansson & Lundman, 2002). Dette kan ha roet pasienten ned, kanskje fordi det ble fokus på valg i stedet for tvang. Reelt sett var dette etter mitt syn mer tvang enn valg, men valget kan allikevel ha bidratt til at pasienten følte seg mindre krenket (Johansson & Lundman, 2002). Ifølge Foster, Bowers, & Nijman (2006) kan sykepleieres kompetanse rundt håndtering av aggresjon hos pasienter i psykiatrisk avdeling, være med på å senke bruken av tvangsmidler. De skriver at dersom man gir pasienten andre muligheter enn å utagere, kan man unngå at tvang oppstår i vanskelige situasjoner. Pasienten i oppgavens case fikk uttrykke seg fritt uten å bli korrigert, noe som kan ha bidratt til at det ikke ble utagering- til tross for at personalet forventet det.

Sykepleieren i casen min er tilstede for å gi omsorg, behandling og hjelpe pasienten. Pasienten på sin side gir uttrykk for at tvangssituasjonen er et svik.

I følge Hem et al (2008a) kan det se ut til at personalet og pasientene i akuttpsykiatrisk avdeling befinner seg i to separate verdener. De skriver også at en akuttpsykiatrisk avdeling er strukturert på en slik måte at man hele tiden er svært klar over at man bli bestemt over. De ansatte bestemmer hva som kan snakkes om hvor, hva man får lov til å ha av private eiendeler. Personalet har synlige alarmer og beltenøkler på seg hele tiden, noe som minner alle på at det støtt kan komme skumle situasjoner hvor det blir brukt relativt brutal makt. Pasientene er også nektet adgang til personalrom og kjøkken, noe som er enda et tydelig tegn på makt når de ansatte kan bevege seg hvor de vil. Disse symbolene på makt, lyser det mistillit av (Hem, Heggen, & Ruyter, 2008a). Det at man kan se maktforskjellen mellom pasient og sykepleier så tydelig, kan gi pasienten en følelse av å bli fratatt selvbestemmelsen og gi en følelse av krenkelse.

5.2 Balansere en beskyttende omsorg

Martinsen (Kristoffersen, 2011) skriver at sykepleieren er stedfortreder for pasientens egenomsorg. Med dette tolker jeg i mitt case at en av sykepleierens oppgaver er å beskytte pasienten, og hindre ham i å blamere seg i den maniske fasen. En som er psykisk syk kan være skjør og usikker på verden, og kan ha behov for profesjonell hjelp til å takle den uvissheten som herjer i tilværelsen (Hem, Heggen, & Ruyter, 2008a). Beskyttelsen kan i denne situasjonen være et uttrykk for omsorg og barmhjertighet som pasienten i nåværende tidspunkt oppfatter som et svik, men som pasienten senere vil kunne være takknemlig for (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011 & Vatne, 2006). Johansson og Lundman (2002) skriver at en del pasienter uttrykker lettelse over at personalet tok over ansvaret for dem, når de selv hadde mistet kontrollen. Spørsmålet er hvordan sykepleier kan overta kontrollen på en måte som pasienten ikke opplever som krenkende. Kan det være et mål på at situasjonen ble godt håndtert dersom pasienten ser på situasjonen i ettertid og opplevde å bli ivaretatt? Kanskje er det slik som Johansson og Lundman (2002) skriver, at tvangsinnleggelse føles ikke påtvungen etter endt behandling, fordi man da kan forstå at det var nødvendig med innleggelse for at man ikke skulle skade seg selv eller andre, og la sykdommen utvikle seg videre. På den andre siden beskriver Martinsen (Kristoffersen, 2011) at sykepleieren må gi omsorg på pasientens premisser, med engasjement og innlevelse i pasientens situasjon. Det betyr etter min mening å ta utgangspunkt i situasjonen “her og nå”. Å ikke gjøre overtramp

eller maktovergrep i tvangssituasjoner virker så å si umulig, men desto viktigere å strekke seg mot der pasienten er ekstra sårbar, som i oppgavens case.

5.3 Krenkelse eller begynnende tillit?

Hem et al (2008a) skriver i at det er viktig at sykepleier tar kontroll i situasjoner hvor pasienten forsøker å ”teste” personalet. Selv om pasienten i min case nok ikke gjør det bevisst, men mer på grunn av sykdomstilstanden, kan jeg tenke meg at det er en prøvelse for sykepleier og medarbeidere å håndtere slike situasjoner så de ikke fører til at pasienten føler seg ytterligere krenket. At sykepleieren viste omsorg på en måte som innga tillit, kan ha vært en faktor som gjorde at situasjonen gikk bra.

Sykepleierne i casen viste slik jeg ser det gode kommunikasjonsferdigheter, blant annet ved å snakke rolig med en manisk pasient med taleflom. Ved å formulere seg slik at pasienten forsto hva som skulle skje ga sykepleierene ham mulighet til å kunne samarbeide. Kommunikasjon er gjennomgående tema i sykepleierstudiet, og også et viktig arbeidsverktøy sykepleieren bruker i sitt arbeid. Sykepleieren har mye kunnskap om hvordan man kommuniserer med mennesker i krise, eller sykdom (Cleary, Hunt, Jan, & Maureen, 2012). I en situasjon hvor tvangsmedisinering er løsningen, slik som i min case, ser jeg det slik at måten sykepleier kommuniserer og forhandler med pasienten på, kan føre til at pasienten samarbeider. Ved å for eksempel true pasienten med beltelegging dersom han ikke samarbeider, vil situasjonen preges av enda større maktforskjell mellom partene. Slik jeg forstår Martinsen (Kristoffersen, 2011), vil en slik maktforskjell kunne føre til sterkere mistillit fra pasientens side. På en annen side har jeg sett i praksis at sykepleiere som ikke trekker seg unna pasienter i vanskelige situasjoner, men blir værende, og prøver å forstå hans perspektiv, kan en utvikle et tillitsforhold mellom de to. Med dette kan pasienten få en følelse av å bli forstått og ivaretatt (Hem, Heggen, & Ruyter, 2008a). Min forståelse er at dette er i tråd med forskning som viser at når sykepleier er sikker og trygg, påvirkes pasientene av dette, og opplever trygghet og beskyttelse (Johansson & Lundman, 2002).

For at pasienten skal utvikle tillit til sykepleier, skriver Martinsen at sykepleier må imøtekomme pasienten, og ta ham på alvor (Kristoffersen, 2011). Tilliten mellom sykepleier og pasient kan gi et grunnlag for den relasjonen som skal bygges. Martinsen skriver også at sykepleieren må ha evne til å sette seg inn i pasientens situasjon, og handle slik pasienten selv ville gjort hvis han var i stand til det (Martinsen, 1990). Å ha respekt for pasienten, og

akseptere at pasienten har en annen virkelighetsforståelse, må sykepleieren etter mitt syn ta på alvor. Dersom sykepleieren mener noe om hvordan pasienten “burde” ha det, eller bør oppleve, betyr det kanskje at pasienten ikke føler at han anerkjennes for den han er, slik at mistillit kan oppstå. Kontrollerende og autoritær adferd blant sykepleierne, er en faktor som vil kunne øke faren for voldelig adferd hos pasientene (Lillevik 2009). Sykepleieren kan forhåpentligvis unngå å krenke pasientens integritet i en situasjon hvor tvang eller umyndiggjøring er til stede, ved å balansere dette ved å lytte, imøtekomme og ha en anerkjennende holdning.

6.0 Konklusjon

En viktig hensikt med denne bacheloroppgaven har vært at jeg skulle tilegne meg kunnskap om sykepleierens omsorg i en tvangssituasjon, gitt på en slik måte at pasienten kunne føle seg ivaretatt og få tillit til sykepleieren. Jeg har lært gjennom sykepleierutdanningen at kunnskap både kan være praktisk erfaring og erfaringslæring, det vil si refleksjon over konkrete erfaringer (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, p. 163). I refleksjonene over den konkrete erfaringen som casen beskrev, så jeg det nødvendig å reflektere ved hjelp av metodeforståelse, teoretisk kunnskap og forskningslitteratur, som jeg har presentert i oppgaven.

Denne prosessen førte til at jeg kom fram til tre hovedområder som hadde betydning for sykepleierens omsorgsutøvelse i en slik situasjon:

For det første gir tvangssituasjoner, som ved tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering i psykiatrien, sykepleieren større makt enn ellers. Det igjen gjør at faren er stor for at pasienten føler seg krenket. Både sykepleiefilosofien og forskningsartiklene viste at krenkelse kan føre til mistillit hos pasienten, mens omsorgen skal føre til at pasienten føler tillit til sykepleieren.

For det andre fant jeg at sykepleieren må kunne balansere omsorgen slik at hun beskytter pasienten mot egne uheldige handlinger og valg, samtidig som pasienten trenger anerkjennelse for den han er.

Til slutt kom det fram at denne balansen er vanskelig, omsorgen kan både føre til krenkelse og til begynnende tillit. Ut fra Martinsens filosofi virker det som sykepleierens evne til å møte pasienten “der og da” har stor betydning. Det kunne bety å anerkjenne det som pasienten faktisk opplever, vise forståelse for at han har det vanskelig, og fokusere på valg istedenfor tvang.

Fortsatt er mange spørsmål ubesvart, noe jeg også ser i oppgaven. Samtidig har jeg forstått at det er mye jeg ikke kan forstå ennå, fordi økt kunnskap også krever at jeg får mer klinisk erfaring å reflektere opp mot. Jeg synes likevel det har vært nyttig og lærerikt å starte denne prosessen. Jeg vil ta med meg arbeidsmetoden videre, blant annet for å få mer klinisk kunnskap om *hvordan* jeg skal utføre det jeg har studert og skrevet om her.

7.0 Bibliografi

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Aarre, T. F., Bugge, P., & Juklestad, S. I. (2010). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bee, P. E., Richards, D. A., Loftus, S. J., Baker, J. A., Bailey, L., Lovell, K., et al. (2006). Mapping nursing activity in acute inpatient mental healthcare settings. *Journal of Mental Health*, 15 (2), ss. 217-226.
- Berg, J. E. (2008). *Akuttpsykiatri: for leger og sykepleiere* (2. utg.). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Cleary, M., Hunt, E. G., Jan, H., & Maureen, D. (2012, Feb). Nurse-Patient Interaction in Acute Adult Inpatient Mental Health Units: a Review and Synthesis of Qualitative Studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33 (2), ss. 66-79.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Diakonhjemmet Høgskole. (2014). *Diakonhjemmet.no*. Hentet mars 06, 2014 fra SYKHEL Bachelor i sykepleie heltid: <http://diakonhjemmet.no/DHS/content/view/full/10751>
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2006, August 31). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (2), ss. 140-149.
- Fredriksen, K., & Beedholm, K. (2012). Litteraturreview. I S. Glasdam, *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder* (ss. 47-53). København: Nyt Nordisk Forlag.
- Hansen, H. (2011). *Min bipolare lidelse*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Håkonsen, K. (2000). *Mestring og Lidelse - psykiatri for helse- og sosialarbeidere* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hem, M. H., Heggen, K., & Ruyter, K. W. (2008a). Creating Trust in an Acute Psychiatric Ward. *Nursing Ethics*, 15 (6), ss. 777-788.
- Hem, M. H., Nortvedt, P., & Heggen, K. (2008b). "Only a Manic Depressive!": the zone of the untouchable and exceeding limits in acute psychiatric care. *Research and Theory for Nursing Practice*, 22 (1), ss. 56-77.
- Hummelvoll, J. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002, August 18). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (9), ss. 639-647.

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Krøvel, B., & Rishovd, B. R. (1997). *Vold og psykiatri - om forståelse og behandling*. (E. Rør, Red.) Otta: Tano Aschehoug.

Kringlen, E. (2012). *Psykiatri* (10. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar. Bind 1* (2. utg., ss. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie - Sykepleiers grunnlag, rolle og ansvar, Bind 1* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Larsen, A. K. (2008). *En enklere metode - veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lillevik, O. G. (2009, september). Tiltak mot trusler og vold. *Sykepleien* (97), ss. 62-64.

Loland, S. (2000, oktober 10). Kroppsyn, idrett og mosjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (24), ss. 19-21.

Malt, U. (2009, februar 13). *Store medisinske leksikon*. Hentet mars 06, 2014 fra sml.snl.no: http://sml.snl.no/bipolar_lidelse

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien. En moralsk utfordring. I K. Jensen, *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.

Norsk sykepleierforbund. (u.d.). *nsf.no*. Hentet mars 06, 2014 fra www.nsf.no: <https://www.nsf.no/fag>

phlvt. (u.d.). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern LOV-1999-07-02-62.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken, sinn - kropp - samfunn* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sletnes, K. B. (2009, februar 14). *Positivism - vitenskapsfilosofi*. Hentet februar 19, 2014 fra Store norske leksikon: <http://snl.no/positivisme%2Fvitenskapsfilosofi>

Statens helsetilsyn. (2004). *ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis - innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

tvangsforskning.no. (u.d.). *Omfang av tvang i det psykiske helsevernet*. Hentet 03 05, 2014 fra Tvangsforsk - nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet: http://www.tvangsforskning.no/noekkeltall_tvang

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne - relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

	Forfatter, år, land og navn på artikkel:	Hensikten med studien:	Metode	Funn
1	Michelle Cleary, Glenn E. Hunt, Jan Horsfall, Maureen Deacon 2012 Australia/England Nurse-Patient Interaction in Acute Adult Inpatient Mental Health Units: a Review and Synthesis of Qualitative Studies.	Hensikten med artikkelen er å oppsummere og identifisere forskning utført hos sykepleieres interaksjoner med voksne psykiatriske pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling	Systematisk litteraturgjennomgang Kvalitativ metode	- Studien kom frem til seks hovedkategorier på hvordan interaksjon mellom sykepleier og pasient kunne deles inn. - Funnene viser at sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger arbeider på en uegoistisk måte. - Sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger møter en rekke mellommenneskelige utfordringer og må ta visse risikoer for å oppnå potensielt terapeutiske fordeler for pasienter. - Sykepleiestudenter har god nytte av å delta i og lære av erfarende sykepleiere i akutte situasjoner i psykiatrien.
2	Penny E. Bee, David A. Richards, Samantha J. Loftus, John A. Baker, Lorna Bailey, Karina Lovell, Phil Woods, Debbie Cox. 2006 England Mapping nursing activity in acute inpatient mental	Kartlegge, klassifisere og sammenligne mønstre i aktivitetene til sykepleiere i akutt psykiatrisk avdeling, og finne ut hvor mye tid som brukes på administrative oppgaver og hvor mye tid som er	Åpne intervjuer med personale. Kvalitativ metode.	Funn i artikkelen viser at sykepleiere får for lite tid til pasientrettet arbeid, mye av tiden går med til administrative oppgaver, medisinalutdeling og andre oppgaver ukvalifisert personale ikke kan utføre.

	healthcare settings.	pasientrettet.		
3	<p>I. M. Johansson og B. Lundman</p> <p>2002</p> <p>Sverige</p> <p>Patients experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses.</p>	<p>Å skaffe en forståelse av hvordan det oppleves å tvangsinnlegges i psykiatrisk avdeling.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Dybdeintervju.</p>	<p>Funnene i artikkelen var splittet. Noen av pasientene opplevde at de følte seg krenket, mens andre opplevde respekt og omsorg. Det var en fin balansegang mellom når man krenker pasienten og når man beskytter.</p> <p>I noen tilfeller kan det føles strengt og vanskelig å bli behandlet med tvang fordi det er så mange regler å forholde seg til. Andre ganger kan det være godt å bli fratatt ansvaret for seg selv, fordi man er så syk. I noen tilfeller lar personalet pasienten ta ansvar for seg selv og sin situasjon, noe som også kan være godt. Resultatene viser at det å bli ”innestengt” både kan gi protester blant pasientene, men det kan også gi en følelse av å bli tatt vare på og beskyttet.</p>
4	<p>Chloe Forster, Len Bowers og Henk Nijman</p> <p>2006</p> <p>England</p> <p>Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management.</p>	<p>Å finne ut hva som gjør at pasienter skader seg selv, andre pasienter eller personale i avdelingen, og hvilke metoder personale bruker for å håndtere slike situasjoner.</p>	<p>Spørreundersøkelse.</p>	<p>Personal i akuttpsykiatriske avdelinger trenger trening i hvordan de skal håndtere pasienter som utagerer på andre måter enn med fysisk makt og beltelegging. Ved å gi personalet mer kunnskap om kommunikasjonsteknikker og hvordan man kan identifisere faktorer som provoserer pasienten, kan personale i større grad håndtere oppskjørtede situasjoner uten bruk av fysisk makt og belter.</p>
5	<p>Marit Helene Hem, Kristin Heggen og Knut W Ruyter</p>	<p>Å finne ut av hvordan tillit mellom</p>	<p>Case study med etnografisk</p>	<p>Å være tilgjengelig, vise evne til å forstå og lytte bidrar til å bygge gode relasjoner med pasienter. Sykepleiere på gripe</p>

	<p>2008</p> <p>Norge</p> <p>Creating trust in an acute psychiatric ward</p>	<p>sykepleier og pasient påvirkes i en akuttpsykiatrisk avdeling</p>	<p>design</p>	<p>enhver mulighet til å skape et godt forhold til pasienten.</p> <p>God kontakt og tillitt mellom sykepleier og pasient gir et godt grunnlag for en rolig situasjon.</p> <p>Tillitt er ikke noe en er gitt kun fordi man er sykepleier, men noe man hele tiden må jobbe hardt for å opprette og ivareta hver eneste dag.</p>
6	<p>Marit Helene Hem, Per Nortvedt og Kristin Heggen</p> <p>2008</p> <p>Norge</p> <p>”Only a manic-depressive!”: The zone of the untouchable and exceeding limits in acute psychiatric care</p>	<p>Å sette søkelys på psykotiske pasienters sårbare grenser, og behov for profesjonell hjelp til å gjenopprette sin private sone.</p>	<p>Case study design</p>	<p>Analysene i artikkelen viser kritiske og konstruktive konsekvenser av hvordan sykepleiere er diagnose-orientert i sin interaksjon med pasienten.</p> <p>Artikkelen presenterer eksempler på hvordan sykepleiere kan behandle pasienter og være i pasientens private sone uten å krenke.</p>